FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909 — N° 326

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 1er Juillet 1909, à 1 heure

PAR

André MOIGNET

Né à Lisieux (Calvados) le 23 Juin 1880

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE Du Traitement DES Méningites Aiguës Syphilitiques

Président : M. RAYMOND, *professeur*

Juges { MM. ALBERT ROBIN, *professeur*
JEANSELME, *agrégé*
RICHAUD, *agrégé*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE, Éditeur

15, rue Racine, 15

1909

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN	M. LANDOUZY
PROFESSEURS	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	BRISSAUD DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	PIERRE MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM DIEULAFOY DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	PINARD BAR RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	ALBERT ROBIN

Agrégés en exercice

MM.

AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (F.)	DUVAL (P.)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LOEPER	RENON
BROCA (A.)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (A.)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (M.)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FEMME

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES

DE L'ECOLE DE MÉDECINE DE CAEN

A MES MAITRES

DANS LES HOPITAUX DE PARIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RAYMOND

Professeur de la clinique des maladies
du système nerveux, à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DU

Traitement des Méningites Aiguës Syphilitiques

INTRODUCTION

Bien que les manifestations méningées de la syphilis restent rares sous la forme de méningites aiguës syphilitiques, elles n'en constituent pas moins l'un des groupes les plus redoutables des infections de l'organisme par le treponema pallidum. La mort survient parfois rapide, plus prompte qu'au cours des autres infections aiguës des méninges. Gilbert Ballet et André Barbé voient l'issue fatale le dixième jour après le Kernig, et ce ne fut que durant deux jours que Constantin put observer les accidents nettement caractérisés de méningite qui précédèrent la mort. Si le pronostic immédiat est loin d'être toujours aussi grave, il convient de rappeler avec Œttinger et Hamel que la méningite aiguë syphilitique est

susceptible de laisser après elle des séquelles dont la guérison définitive est douteuse.

Il est donc important de traiter judicieusement les méningites aiguës syphilitiques.

Nous nous proposons d'étudier d'abord les diverses méthodes employées par les auteurs dans les cas publiés jusqu'ici. Nous concluerons en donnant notre opinion sur la façon dont la médication doit être conduite, suivant les cas.

Mais tout d'abord nous tenons à faire observer que dans tous les cas de méningites aiguës syphilitiques les méthodes thérapeutiques ont été employées un peu au hasard, semble-t-il, la même médication étant employée aussi bien contre une forme avec signe de localisation que contre une forme essentiellement diffuse. Nons tenons à dire dès le début de ce travail que l'application des méthodes thérapeutiques antisyphilitiques habituelles permettent dès l'abord de soupçonner une dualité de traitement dans les deux formes citées.

Nous étudierons d'abord tous les traitements employés contre la méningite aiguë syphilitique. Ainsi verrons-nous successivement le traitement prophylactique, la ponction lombaire, les médications d'ordre général et enfin les médications locales de la syphilis méningée.

Nous voulons, avant d'entreprendre notre sujet, remplir un agréable devoir, celui de remercier tous ceux, parents, maîtres et amis, qui au cours de nos

études médicales ont su, par leurs conseils et leurs encouragements, faciliter notre tâche.

Nous sommes heureux d'assurer de notre profonde reconnaissance nos maîtres de la Faculté de médecine de Paris et en particulier M. le professeur Guyon et M. le Professeur Pinard dont nous fûmes le stagiaire.

Que nos maîtres de l'Ecole de médecine de Caen, MM. les Drs Auvray, Barette, Catois, Gidon, Guillet, Moutier, Noury, Gosselin, Vigot, Léger et Charbonnier reçoivent ici notre respectueux souvenir.

Merci à tous nos camarades, dont la bonne amitié fut pour nous un réconfort aux moments difficiles.

Nous adressons nos remerciements sincères à notre ami Hamel pour le concours qu'il voulut bien nous prêter.

M. le professeur Raymond nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse : qu'il veuille bien agréer l'hommage de notre respectueuse et vive gratitude.

CHAPITRE PREMIER

Traitement prophylactique

Il est vraiment remarquable et inquiétant à la fois de constater le peu d'influence prophylactique du traitement mercuriel comme préventif des accidents de la méningite aiguë syphilitique.

Presque tous les modes d'administration du mercure ont été mis à contribution dans le traitement des syphilis qui ont donné des accidents méningés.

Hayem et Bensaude, Gaillard et d'Œlnitz, Claisse et Joltrain ont publié des cas où le traitement pillulaire de protoiodure avait été institué comme médication antisyphilitique. La malade de Œttinger et Hamel absorbait depuis un an des pilules, si bien qu'elle présentait, lors de son entrée, de la stomatite mercurielle. Nous ne nous étonnons pas de l'échec de cette méthode, reconnue par presque tous comme insuffisante est inefficace.

Mais les injections de sels solubles, considérées par tous les auteurs comme une médication active n'ont pu parfois prévenir les accidents méningés aigus de la syphilis. Pourtant les injections de biiodure et de benzoate avaient été pratiquées par Gilbert Ballet

et André Barbé, par Gaillard et d'Œlnitz. La méthode ancienne et si énergique des frictions mercurielles a elle-même eu un échec : c'est peu après une série de frictions que Debove ét Castaigne voient survenir chez leur malade l'ictus signe initial de la méningite aiguë. Le calomel, médication énergique, la médication héroïque de Fournier, était employé par Constantin lorsque survint l'aphasie qui précède de quelques jours le coma et la mort !

L'huile grise connaît aussi des échecs : Sicard et Roussy l'avaient donné à leur malade et dans le cas de Œttinger et Hamel nous voyons les accidents apparaître à la fin d'une longue série de 24 injections d'huile grise.

Ce sont là, certes, des constatations troublantes. Il semble que certaines syphilis soient difficiles à arrêter dans leur évolution quand elles frappent le système nerveux ou ses enveloppes.

Peut-être l'imperméabilité même des enveloppes du névraxe est-elle une arme à double tranchant : ayant laissé pénétrer l'agent nocif elles restent trop résistantes sans doute pour laisser passage au médicament utile à le combattre.

Il n'est pas, en effet, possible de dire que les syphilis agissant sur les centres nerveux sont plus intenses que les autres, au point de vue tégumentaire du moins.

Si dans les cas de Claisse et Joltrain, Gilbert Ballet et Barbé, Gaillard et d'Œlnitz, Debove et Castaigné, Constantin, Œttinger et Hamel, les manifesta-

tions cutanées furent rebelles et intenses, le premier malade de Œttinger et Hamel, les sujets de Brissaud et Brécy, Widal et Le Sourd, Bouchard et Cornil, Pic et Regaud ignoraient leur syphilis.

Les méningites observées par Hayem et Bensaude, Sicard et Roussy avaient présenté des accidents bénins de la peau et des muqueuses. Laubry et Giroux firent le diagnostic étiologique de leur méningite par la constatation d'une exostose spécifique.

Nous insisterons sur ce point pour montrer que la méningite spécifique due au tréponème est tout à fait indépendante de l'intensité de la syphilis causale : le système nerveux est parfois seul atteint et nous pensons que de ce fait c'est lui qu'on doit chercher à atteindre directement. Mais nous reviendrons sur ce point ultérieurement.

CHAPITRE II

La ponction lombaire dans le traitement de la méningite aiguë syphilitique

De même que dans les méningites aiguës ou subaiguës de toute nature, méningococcique, bacillaire ou pneumococcique, l'hypertension du liquide céphalo-rachidien amène des phénomènes de compression que calme la ponction rachidienne, de même nous voyons l'évacuation du liquide arachnoïdien amener une sédation des symptômes au cours de la méningite aiguë syphilitique. Les auteurs s'accordent sur ce point mais donnent des renseignements plus ou moins complets à ce sujet. Nous ne trouvons pas de meilleur et plus concluant exemple de l'effet sédatif de la ponction lombaire que celui que nous offrent les observations de Œttinger et Hamel, rapportées plus loin dans ce travail.

Observation V. — La température tombe de 38°8 à 37 degrés et la contraction diminue après la première ponction lombaire, qui montre un liquide trouble et hypertendu.

Observation II. — Deux premières ponctions lombaires amènent un liquide trouble, sous haute tension : l'amélioration est immédiate et considérable. Une troisième ponction

dénote un liquide sous faible pression et ne cause guère d'atténuation dans les symptômes.

En somme il résulte de la lecture des observations publiées jusqu'ici que la ponction lombaire a été fort utile dans tous les cas où il y avait un liquide sous forte pression. En aucun cas elle n'a causé d'accidents ou déterminé des accidents nouveaux ni réveillé des phénomènes disparus ou atténués.

Il est important de considérer d'ailleurs qu'en montrant les modifications subies par le liquide céphalo-rachidien elles rendent des services considérables et permettent de suivre la marche de l'affection. Elles montrent, en effet, les réactions de plus en plus atténuées du liquide céphalo-rachidien, au cas où la médication agit de façon favorable : elles font voir la réaction aiguë, à culot volumineux, riche en polynucléaires et en cellules épithéliales, devenant minime et pendant que le liquide louche ou même trouble s'éclaircit progressivement, le culot de centrifugation devient de plus en plus petit, tandis qu'il n'est plus constitué que de rares éléments, lymphocytaires pour la plupart, et, bientôt uniquement formé de lymphocytes clairsemés.

CHAPITRE III

Médication générale

Toutes les méthodes usuelles d'administration du mercure et de l'iodure ont été employées, sauf pourtant la méthode des injections intra-veineuses, si utile dans les cas graves d'imprégnation syphilitique.

Les frictions mercurielles furent ordonnées par Pic et Regaud, avec un succès encourageant. Widal et Le Sourd, Brissaud et Brécy, Boidin et Weill, Debove et Castaigne, Claisse et Joltrain, Laubry et Giroux, Gilbert Ballet et André Barbé, injectent le biiodure dans les masses musculaires. Hayem et Bensaude, Gaillard et d'Œlnitz font usage de benzoate par la même voie intra-musculaire : les résultats sont bons sauf pour Gilbert Ballet et André Barbé. Constantin associe le calomel à l'iodure sans succès. Œttinger et Hamel injectent le calomel et ont un résultat variable selon le cas observé.

Remarquons que ces derniers auteurs ont eu une guérison par injection de calomel dans un cas de méningite avec signes de localisation et un échec dans le cas de méningite essentiellement diffuse. A notre avis il convient de se rappeler ici et de mettre en pratique les indications générales du traitement

mercuriel. Le calomel agit vite et bien au cours d'une gomme, d'une lésion localisée quelconque, mais son efficacité est beaucoup moins manifeste dans une syphilis ayant encore des manifestations profuses. De même il convient d'avoir recours à la médication par le calomel dans le cas où le processus méningé a tendance à la localisation et il est beaucoup moins indiqué dans les cas diffus. Dans ceux-là, à notre avis il convient de mettre en œuvre la médication plus rarement employée, s'adressant à l'ensemble des méninges et les abordant directement.

La médication par l'iodure à haute dose a été employée par la plupart des auteurs sans résultats appréciables : nous considérons que dans les cas aigus qui nous intéressent l'expérience des auteurs étudiés la montre vraiment inefficace et totalement insuffisante.

CHAPITRE IV

La Médication locale

La syphilis est à la fois maladie locale et maladie générale.

A une période initiale correspond la diffusion du tréponème dans l'organisme. Plus tard il est localisé en certains points : ainsi se font des syphilomes tertiaires ou secondaires localisés. Ainsi sans doute se produit la méningite syphilitique. Or à l'infection générale répond le traitement général, mais, à la manifestation locale répond la médication locale. C'est ainsi du moins que le comprend Hamel dans son étude des médications locales de la syphilis et c'est en partant du même principe que divers auteurs ont injecté directement l'agent médicamenteux dans le canal céphalo-rachidien.

C'est à Claude et Lhermitte que revient l'honneur d'avoir les premiers injecté le mercure dans le liquide céphalo-rachidien avec des résultats d'ailleurs inégaux. Puis Mosny et Pinard injectent de l'électrargol. Mais ces médications n'avaient pour but que le traitement de lésion chronique. Claisse et Joltrain, Œttinger et Hamel l'appliquèrent au traitement des infections aiguës des méninges par le tréponème.

Ces auteurs étaient, en effet, frappés de la ténacité des lésions méningées résistant de façon opiniâtre à la médication générale la plus énergique, médication capable pourtant d'agir favorablement sur les accidents cutanés concomitants de la syphilis : ils en conclurent que si les diverses préparations mercurielles pouvaient pénétrer dans le reste de l'organisme jusqu'au point malade, il était impossible aux agents médicamenteux, quelles que soient leur activité et leur quantité, d'arriver jusqu'au liquide céphalo-rachidien. Et cela s'explique aisément puisqu'on sait depuis les nombreux travaux de Widal, de Sicard, de Ravaut, combien les méninges sont physiologiquement imperméables ; il est à prévoir que même lésées par le processus d'iirrtation syphilitique, elles ne peuvent laisser passer le mercure, sous quelque forme qu'il soit, en quantité suffisante. Or, la découverte si intéressante de Gaucher et Pierre Merle décelant pour la première fois le treponema pallidum dans le liquide céphalo-rachidien, prouve l'utilité d'agir vite et fort sur l'agent au point même où il se trouve.

Nous savons que certaines syphilides sont influencées presque uniquement par des médications locales qui portent *loco dolenti* l'agent thérapeutique (1). De même des observations de Claude et Lhermitte, Claisse et Joltrain, Mosny et Pinard montrent comment des lésions rebelles à toute médication cédèrent aux injections iutra-rachidiennes.

1. Lecain. Thèse de Paris, 1909.

D'ailleurs, il suffit de lire dans les observations des auteurs précédents (obs. I, III et IV), les modifications profondes du liquide céphalo-rachidien, modifications suivies avec précision et pour ainsi dire jour par jour par les examens cytologiques, pour juger avec quelle intensité se manifeste l'action des médications locales.

Quel était le médicament à employer ? On n'a jamais essayé, à notre connaissance, l'iodure de potassium : il est probable que les douleurs atroces qui sont la conséquence fréquente des injections locales de ce médicament (1) ont éloigné de l'esprit de tous cette méthode pourtant rationnelle.

Mosny et Pinard ont employé dans un cas de syphilis chronique de la moelle l'électrargol, procédant par analogie et traitant le processus méningo-médullaire sans chercher une médication spécifique.

Le mercure n'a été, si nous en croyons nos recherches bibliographiques, employé que sous sa forme colloïdale et cela se comprend ; n'est-ce pas, en effet, l'état où le mercure est le mieux divisé, le plus capable de tout pénétrer et de se diffuser au maximum. N'est-ce pas aussi l'une des formes où il est le plus facile à employer en solution isotonique, ce qui a une si grosse importance quand on agit dans un milieu tel que le liquide céphalo-rachidien.

Il semble donc que ce mode de médication devait donner les meilleurs résultats et de fait les auteurs

1. Boisseau. Thèse de Paris, 1906.

qui l'ont employé au cours de processus aigus en ont tiré grand profit (Claisse et Joltrain, Œttinger et Hamel).

Au contraire, ceux qui voulurent faire agir cette médication sur des lésions anciennes de sclérose obtinrent des résultats variables et même des échecs complets comme dans plusieurs cas de Claude et Lhermitte.

La technique de l'intervention est simple : les auteurs pratiquent la ponction lombaire et évacuent une quantité de liquide d'autant plus considérable que plus grande est l'hypertension. Quand le liquide ne s'écoule plus que goutte à goutte, ils injectent l'agent médicamenteux variable suivant les auteurs, soit une solution de mercure colloïdal préparé à la Sorbonne (Claisse et Joltrain) et alors ils en injectent 5 centimètres cubes, sans que la teneur en mercure soit précisée, soit une préparation de mercure du laboratoire Clin (Œttinger et Hamel) et alors ils injectent 3 milligrammes de mercure métallique.

Mais il faut être prévenu sur ce fait que des accidents impressionnants peuvent être la conséquence immédiate et éphémère de cette médication, vomissements, douleurs dans la région du sacrum, irradiation dans le domaine des nerfs sacrés, céphalée, pouls rapide, température à 39 degrés, rétention d'urine absolue durant parfois quarante-huit heures.

Mais au bout de quelques heures les phénomènes s'amendent et l'état général devient rapidement bien meilleur qu'il ne l'était avant la médication locale.

Dans les deux cas où il a été employé, le mercure colloïdal a donné en injection rachidienne les meilleurs résultats dans les méningites aiguës syphilitiques. Quant aux autres métaux colloïdaux, ils n'ont pas été employés dans la méningite aiguë syphilitique, mais Mosny et Pinard ont employé l'argent colloïdal avec deux bons résultats dans des localisations chroniques de la syphilis sur le névraxe et ses enveloppes.

Dans tous ces cas le cyto-diagnostic a montré succédant à la polynucléose initiale ou à la lymphocytose intense une réaction de plus en plus atténuée, bientôt purement constituée de rares lymphocytes, signature d'une infection très atténuée des enveloppes du névraxe.

Nous rapporterons maintenant les cas déjà connus et épars de méningites aiguës syphilitiques. Il ne nous a pas été possible d'apporter d'observation nouvelle : mais nous pensons faire œuvre utile en groupant ici d'abord les cas de méningites aiguës, ensuite les cas de méningites chroniques traitées par Claude et Lhermitte, Mosny et Pinard, et où fut pratiquée l'injection curative intra-rachidienne.

Nous présentons d'abord les cas où on a injecté le mercure colloïdal dans le canal rachidien, afin de bien montrer les incidents possibles de cette méthode, qui d'ailleurs n'a pas donné dans les cas chroniques ce qu'on en peut attendre dans les cas aigus, puisque la médication mercurielle ne peut guère avoir d'action sur des lésions de sclérose déjà constituées.

Nous y joignons un cas d'injection d'électrargol dans le liquide céphalo-rachidien (Mosny et Pinard) qui a présenté les mêmes réactions anatomiques que les injections précédentes.

OBSERVATION I (Résumée)

(Claisse et Joltrain. — Soc. méd.. des hôp., 28 fév. 1908.)

Le malade, dont il s'agit dans cette observation, âgé de trente-quatre ans, est entré à l'hôpital de la Pitié, le 29 novembre 1907, pour céphalée très intense, frissons, vomissements. Comme antécédents personnels il y a à signaler paludisme en 1891, blennorragie en 1897 et syphilis en 1898 soignée à Saint-Louis par le mercure. En 1900 apparition de kératoses palmaires et plantaires existant encore. Il y a six mois ictus avec convulsions épileptiformes, délire puis paralysie de la jambe avec paralysie faciale du même côté qui dure quinze jours.

« En résumé, disent Claisse et Joltrain, il semble que déjà ce malade, avant son entrée à l'hôpital, a présenté une série de phénomènes, ictus, crises épileptiformes, céphalée intense, troubles oculaires, phénomènes paralytiques qui se sont succédé sans ordre et paraissent devoir être mis sur le compte de sa syphilis ancienne.

Malheureusement nous n'avons pu recueillir tous ces renseignements précieux que quelques jours après son entrée, lorsque nous avons pu l'interroger et obtenir confirmation par sa famille.

Examen à l'entrée. — Le jour de son entrée à l'hôpital, en

effet, avant même d'être couché et après nous avoir donné l'impression d'un délirant par les réponses étranges faites aux premières questions qu'on lui pose, il présente devant nous une crise épileptiforme simulant en tous points une crise d'épilepsie vraie. Il pousse un cri et tombe, puis aussitôt suit une phase tonique pendant qu'on le porte sur un lit. Sa face devient vultueuse, il a du trismus et de la contracture généralisée qui le tiennent quelques instants en orthotonos. Au bout de quelques secondes la phase clonique commence par des mouvements convulsifs violents et généralisés. Il semble cependant que ces convulsions soient plus marquées dans les membres du côté droit qu'à gauche. Il a l'écume aux lèvres et une respiration stertoreuse. Cependant il n'y a pas trace de morsure de la langue et la crise terminée, le malade n'a aucun trouble sphinctérien ; il reste cependant obnubilé longtemps et n'a aucun souvenir au réveil des faits passés. Dans la journée il a des vomissements abondants et bilieux et des selles noirâtres.

Quand on l'examine, on lui trouve une hyperesthésie cutanéc considérable, généralisée, encore plus intense au niveau de la partie antérieure des dernières côtes et dans la région dorsale au niveau des apophyses épineuses. Pas de zone d'anesthésie.

Il a le teint jaune, les conjonctives injectées de sang et légèrement subictériques : les paupières retombent sur l'œil, comme s'il y avait un léger degré de ptose bilatérale et, ce qui est surtout remarquable c'est une inégalité pupillaire considérable, pupille gauche normale, pupille droite très dilatée.

Les pupilles ne réagissent ni à la lumière ni à l'accommodation. *Le signe d'Argylle-Robertson est donc net.* L'abdomen est souple, le foie gros et douloureux, la rate perceptible sur trois travers de doigts. Pas de ganglions. Les bruits du cœur

sont normaux, le pouls bat à 100. Les poumons ne présentent rien de particulier. La température est de 37° 8.

Il n'y a pas de signe de Kernig. Les réflexes rotuliens sont normaux ainsi que les plantaires et les cutanés. Il n'y a pas de Babinski, aucun trouble de la démarche et de l'équilibre, pas de Romberg.

Cependant déjà l'état mental du malade paraît particulier, il répond d'une manière saccadée aux questions qu'on lui pose ; ne paraît pas avoir de suite dans les idées ; parle avec rapidité et brusquement ; le soir même de son entrée, entre dans un délire furieux, voulant s'enfuir, menaçant ses voisins et le personnel qui veut le retenir si bien qu'on est obligé de lui mettre la camisole de force.

Il prononce des phrases sans suite, ayant rapport à son intérieur, il a des hallucinations visuelles qui le terrifient, prend à certains moments le masque de l'angoisse la plus vive, à d'autres celui de la colère, agite alors ses bras et cherche à se précipiter sur les gens qui l'entourent.

Calmé un peu par les narcotiques, on lui retire la camisole de force, mais le lendemain soir repris avec la même brusquerie de délire, il blesse un infirmier de garde auprès de lui, en jetant son urinal à la tête.

Lorsque nous examinons le malade la température est de 38 degrés et monte le soir même à 39 degrés. Le pouls rapide, bien frappé et régulier bat à 120. L'examen attentif du poumon à part une légère obscurité respiratoire au sommet droit, ne décelle rien de particulier. La constipation est opiniâtre ; les urines denses et hautes en couleur ne contiennent pas d'albumine. Pour la première fois on constate une ébauche de

signe de Kernig et une légère contracture des muscles de la nuque.

L'inégalité pupillaire, la contracture, la constipation, les crises épileptiformes, le délire aigu et la présence de température font penser à une méningite tuberculeuse.

C'est alors qu'on pratique une *première ponction lombaire.* Le liquide sort en jet, montrant une forte hypertension, il est clair et contient une assez grande quantité d'albumine. L'examen cytologique montre une formule très particulière et qui mérite d'être analysée en détail.

Nombre considérable de leucocytes dans la préparation et prédominance très nette des lymphocytes (près de 78 o/o). On peut donc affirmer la lymphocytose, mais en outre on remarque la présence de nombreux mononucléaires d'assez grandes dimensions avec quelques granulations.

On ne trouve pas trace de bacille de Kock sur les préparations colorées au Ziehl et examinées avec attention. La recherche du tréponème pâle de Schaudinn par colorations au Giemsa reste également négative.

On *ensemence* sur gélose sanguine, bouillon, agar, eau peptonée ; le liquide céphalo-rachidien et les ensemencements restent négatifs.

Enfin on *inocule* 10 centimètres cubes à un *cobaye* et celui-ci sacrifié ces temps derniers ne présentait aucune lésion de tuberculsse.

La présence de cette formule cytologique qui laisse place au doute entre tuberculose et syphilis,le signe d'Argyll Robertson, la présence des lésions cutanées, nous engagent à instituer le traitement spécifique et l'on commence immédiatement une

série de piqûres de biiodure. De plus on injecte 10 centimètres cubes d'électrargol dans le liquide céphalo-rachidien.

Les jours suivants, du 3 au 6 décembre, la température monte graduellement jusqu'à 40 degrés, le pouls reste à 100, toujours rapide et peu frappé. Le syndrome méningé est des plus nets. Le signe de Kernig et la raideur de la nuque manifestes. La céphalée persiste très intense, peu soulagée par les calmants et par la glace. On ne trouve rien du côté de l'oreille, bien que le malade se plaigne de bourdonnements continus. L'inégalité pupillaire persiste toujours aussi marquée : mais l'examen du fond de l'œil pratiqué par M. Chaillous, ne présente rien de particulier. Il n'y a pas trace de stase. L'état psychique est le même. Le malade a du délire par instants mais moins violent, les hallucinations sont encore fréquentes, les phases d'accalmie plus longues.

On fait une nouvelle *ponction lombaire* le 2 décembre et nous la faisons suivre, le diagnostic de syphilis paraissant de plus en plus évident, d'une injection intra-rachidienne de *mercure colloïdal*.

Pourcentage :

Polynucléaires	80 o/o
Lymphocytes	11 —
Grandes cellules mononucléaires endothéliales	9 —

Le liquide céphalo-rachidien retiré est toujours clair, mais albumineux et le point intéressant est que la formule est entièrement modifiée. Nombreuses cellules endothéliales isolées. Mais les lymphocytes sont rares et l'on constate cette fois une prédominance marquée des polynucléaires.

M. Caussade ayant déjà montré avec l'un de nous combien

les injections de métaux colloïdaux à l'intérieur du canal rachidien étaient capables de modifier rapidement les formules cytologiques et en particulier de transformer en polynucléose des lymphocytoses pures constatées au cours des méningites tuberculeuses, nous avons cru pouvoir mettre sur le compte de l'injection colloïdale cette inversion rapide de la formule cytologique.

Dans des cas de méningites tuberculeuses, en effet, l'introduction d'une solution saline isotonique au liquide céphalo-rachidien était insuffisante pour produire la même modification.

Un *examen du sang* pratiqué alors nous montrait :

Globules rouges	4.120.000
Globules blancs	26.000
Polynucléaires neutrophiles	78 o/o
Grands et moyens mononucléaires	9 —
Lymphocytes	11 —
Eosinophiles	1 —
Mastzellen	1 —
Hémoglobine (Tallquist)	90 —

Il n'y a pas trace de myélocytes : en somme forte polynucléose et pas de réaction hématopoïétique.

Une troisième *ponction lombaire* est pratiquée le lendemain avec une formule analogue. Il y a toujours de l'hypertension du liquide céphalo-rachidien. Petite quantité d'albumine. La formule cytologique est à peu près identique à la précédente.

C'est le *4 décembre* au matin, alors que le délire paraissait diminuer et qu'à la phase d'excitation du début semblait succéder une phase de dépression, que le malade se réveille avec une

monoplégie brachiale et une paresse du membre inférieur du *même côté*. Au membre supérieur, paralysie flasque complète, seul le deltoïde paraît conserver sa force. Au membre inférieur, les mouvements sont limités. Le réflexe rotulien est aboli. Il n'y a pas de signe de Babinski ; la sensibilité paraît intacte.

6 et 7 décembre. — Les phénomènes paralytiques diminuent d'intensité, les mouvements réapparaissent complètement au membre inférieur et les doigts de la main se mobilisent.

Le soir la température, jusqu'alors à 38-39 degrés, monte à 40 degrés et de nouveau le délire apparaît avec des hallucinations visuelles et des idées de persécution. Il a, en outre, à différentes reprises, des vomissements qui présentent les caractères des vomissements cérébraux : ils sont faciles, abondants, alimentaires et bilieux et surviennent sans nausées. Le teint est jaune, les conjonctives légèrement subictériques ; les urines contiennent une légère quantité d'albumine et de l'indican.

On fait une nouvelle *ponction lombaire* suivie d'une injection de 10 centimètres cubes de *mercure colloïdal.*

L'examen du liquide montre encore une assez grande hypertension, de l'albumine et une forte proportion d'éléments, bien que le liquide reste clair.

Ces éléments sont :

Polynucléaires	84
Lymphocytes	10
Mononucléaires	6

Dès le lendemain la température baisse d'un degré, l'état général est meilleur, le délire disparaît et les jours suivant la défervescence se fait en lysis, la céphalée diminue, les phénomènes paralytiques disparaissent complètement, le malade se

lève. En même temps. les lésions cutanées ont disparu au point d'être à peine visibles.

Pendant toute cette période d'ailleurs et depuis l'entrée, en outre des injections de mercure colloïdal intra-rachidiennes, le malade est soumis à un traitement mercuriel intensif par des piqûres journalières de biiodure de mercure.

On cesse alors le traitement et le 10 décembre une dernière *ponction lombaire* pratiquée montre un liquide clair, tombant en gouttes rapides, *ne contenant plus d'albumine* et ne contenant plus qu'un petit nombre d'éléments (5 à 6 par champ au lieu de 20).

Les lymphocytes de nouveau dominent.

A partir de ce moment on ne constate plus aucun phénomène et la convalescence est rapide, si bien que douze jours après, le 20 décembre, le malade part guéri à Vincennes et actuellement il a pu reprendre son travail et ne présente aucun signe fonctionnel.

OBSERVATION II

(Œttinger et Hamel. — *Gazette des Hôpitaux*, 29 avril 1909.)

G... Mélanie, dix-neuf ans, salle Axenfeld, n° 1, est amenée dans la nuit du 12 janvier 1909 présentant des troubles délirants. Son délire est doux, peu bruyant, incohérent, la malade répétant indéfiniment les mêmes mots.

Arrivée à Paris à l'âge de seize ans, elle a été soignée à la Charité pour une salpingite et des douleurs articulaires. Sans profession bien définie depuis plusieurs mois, elle suit un traitement à Saint-Louis depuis dix mois, pour des plaques muqueuses et des accidents cutanés divers. Irrégulièrement, elle ingère des pilules de protoiodure. Elle a cependant fait ces der-

niers mois, une cure intensive, interrompue depuis trois semaines pour de la stomatite.

Depuis huit jours est apparue une céphalée vespérale pénible et du délire nocturne qui obligent la malade à rester couchée.

Depuis le début de ces accidents, la malade reste alitée : elle présente, en outre, depuis quelques jours, des vomissements à type cérébral et de la constipation opiniâtre.

13 janvier. — A l'heure de la visite la malade est calme, ne délire plus, répond bien aux questions posées, mais se plaint de céphalées diffuses. Elle a d'ailleurs des vomissements. Le pouls est à 64, bien frappé, les réflexes tendineux sont normaux. On n'observe ni raideur de la nuque, ni signe de Kernig. En dehors de la constipation, aucun trouble des sphincters. Les yeux réagissent bien à la lumière, mais aussitôt après la contraction à la lumière une dilatation brusque se produit, sans qu'on éloigne la source lumineuse : ébauche du signe d'Argyll-Robertson. On constate sur les cuisses des papules squameuses et sur l'aile du nez une papule croûteuse de la dimension d'une pièce de 1 franc.

15 janvier. — On pratique une ponction lombaire qui calme la céphalée et rend possible le sommeil.

L'hypertension était considérable. Le liquide clair, limpide, contient de très nombreux lymphocytes, 15 à 20 par champ d'immersion, quelques mononucléaires et de très rares polynucléaires ; la recherche du tréponème est négative.

18 janvier. — Hier, grande agitation au début de la nuit. Délire incohérent, peu bruyant, avec incontinence des sphincters. Le 18, au moment de la visite, tout délire avait cessé, de même que l'incontinence, mais une céphalée presque intolérable persistait, une seconde ponction lombaire est pratiquée.

Le liquide qui sort en jet est clair, ayant une formule semblable à celle du premier liquide retiré.

19 janvier. — La ponction lombaire a donné une grande et rapide amélioration. On injecte dans les muscles fessiers 4 centigrammes de mercure, puis 8 centigrammes le 20 janvier, sous forme d'huile grise.

1er février. — La céphalée reparaît très vive. Elle s'était atténuée, sans toutefois disparaître complètement le soir. En même temps on constate des vomissements du type cérébral ; le délire réapparaît le 3 février, durant la nuit : on injecte alors 5 centigrammes de calomel.

5 février. — A huit heures du matin, aphasie brusque. A l'heure de la visite, la malade vomit et profère des sons inarticulés, dans une agitation extrême. Un peu plus tard, elle dit des phrases courtes, difficilement inintelligibles et accuse une vive douleur de tête. La température est à 38°5.

Après une nuit agitée, la malade est plus lucide le 6 février. La céphalalgie est très vive, la température à 38°2. Quant aux manifestations cutanées, elles ont à peine régressé.

On fait une troisième ponction lombaire qui montre une tension peu élevée et donne un liquide trouble, laisant un culot volumineux.

On y trouve des éléments très nombreux, en particulier un certains nombre d'hématies. Le pourcentage des éléments, non compris les globules rouges peu nombreux, donne les résultats suivants :

Lymphocytes	72
Polynucléaires.........	16
Mononucléaires........	12

Il existe en outre de nombreuses cellules endothéliales qui prennent mal les colorants.

La ponction lombaire n'a pas, comme les deux premières explorations, amené d'amélioration sensible.

25 février. — L'amélioration a été progressive depuis le 6 février. Trois nouvelles injections de 5 centigrammes de calomel ont été faites.

4 mars. — Depuis le 1er mars, la céphalalgie a reparu, peu violente, presque uniquement vespérale et nocturne.

Une quatrième ponction lombaire montre une tension élevée et un liquide clair, contenant de nombreux lymphocytes et quelques cellules endothéliales.

8 mars. — La céphalée a beaucoup diminué d'intensité, les accidents cutanés ont disparu ou ont laissé place à des macules plus ou moins pigmentées.

15 mars. — L'état général est excellent, mais la température persiste un peu au-dessus de la normale (37°4, 37°6).

La céphalée réapparaît le soir, sans empêcher le sommeil. Elle cède presque totalement à 2 grammes d'iodure de potassium. Les réflexes tendineux sont forts, les signes occulaires ne se sont pas modifiés, mais pupille droite mydriatique.

17 mars. — Même état. L'amélioration continue, mais la malade accuse un peu de douleur dans les mouvements de flexion de sa colonne cervicale, douleur qui est disparue le 20 mars. La céphalée vespérale est atténuée, mais cependant persiste.

25 mars. — La température est un peu au-dessus de la norm ale (37 6 et la céphalée redevient plus violente.

27 mars. — Hier soir, la céphalée a été plus vive. L'agitation a été marquée toute la nuit et par deux fois sont apparus des vomissements. La température était hier soir à 38°8. On décide

une ponction lombaire suivie d'une injection de mercure colloïdal.

La ponction lombaire donne en quelques instants 40 centimètres cubes d'air d'un liquide un peu trouble, très hypertendu. Après centrifugation on y décèle la présence d'éléments nombreux, 40 à 50 par champ d'immersion. Les cellules endothéliales y sont nombreuses, bien colorées par l'hématoxylène.

Le pourcentage des leucocytes donne les résultats suivant :

Lymphocytes	33
Mononucléaires................	11
Polynucléaires neutrophiles......	56
Polynucléaires éosinophiles......	0

On injecte alors dans le canal rachidien deux ampoules de mercure colloïdal isotonique préparé par Clin, et dosé de telle sorte que chaque ampoule de 3 centimètres cubes contienne 1 milligramme et demi de mercure métallique.

Aussitôt l'injection du liquide contenant le mercure colloïdal commencée, la malade accuse des douleurs occipitales intenses.

A peine l'injection des 6 centimètres cubes, contenu des deux ampoules, était-elle faite que des vomissements apparurent avec des douleurs violentes dans la région du sacrum, avec irradiations dans le domaine des nerfs du plexus sain. Ces douleurs, accompagnées de céphalées, sont si intenses qu'une injection de morphine est rendue nécessaire.

27 mars. — A 4 heures, soit cinq heures après l'injection de 3 milligrammes de mercure colloïdal, la céphalée a disparu, mais des douleurs très vives persistent dans le domaine du scia-

tique. La température est à 38°8 comme la veille, le pouls rapide.

28 mars. — La céphalée a disparu, les douleurs des membres inférieurs sont atténuées, mais aucune miction n'est spontanément possible. De grands bains prolongés ou le cathétérisme peuvent seuls amener une émission d'urine. La température est à 37°2.

1er avril. — Les douleurs des nerfs sacrés ont été en diminuant et ont presque disparu. La céphalée n'a pas reparu et le sommeil est redevenu normal. La miction n'est plus troublée et la température est à 37°5. Les réflexes tendineux sont normaux. Le réflexe lumineux reste le même.

5 avril. — Tout phénomène douloureux a disparu. La malade se lève. La température reste normale (37°2, 36°8). On fait une ponction lombaire qui donne 10 centimètres cubes de liquide clair, sans hypertension marquée. Le culot de centrifugation est très minime. A l'examen on trouve encore des éléments nombreux, cellules endothéliales vacuolaires, prenant mal les colorants, rares globules rouges, polynucléaires vacuolaires. On trouve dans la plupart des champs d'immersion de 2 à 5 éléments, mais il en est quelques-uns où on en rencontre de 18 à 20. Le pourcentage, fait sur 350 éléments, donne le résultat suivant :

Lymphocytes de dimensions normales.	93,2
Grands lymphocytes...............	5
Mononucléaires...................	0,5
Polynucléaires neutrophiles.........	0,3
Polynucléaires éosinophiles..........	1

OBSERVATION III

(Claude et Lhermitte. — *Bulletin de la Soc.deBiologie.*)

Nous mentionnons ici cinq cas de syphilis cérébro-spinale, traités par MM. Claude et Lhermitte au moyen d'injections intra-rachidiennes de mercure colloïdal et rapportés succinctement par eux dans le *Bulletin de la Société de Biologie.*

Premier cas. — M. D..., maçon, trente-huit ans. Syphilis en 1890. Paraplégie spasmodique avec clonus du pied et danse de la rotule des deux côtés ; 4 injections de 4 centimètres cubes. Au bout d'un mois le malade peut marcher facilement, la spasmodicité a diminué notablement. Eosinophilie céphalorachidienne prononcée. L'amélioration s'est maintenue jusqu'à aujourd'hui.

Deuxième cas. — B.-F..., femme, âgée de trente-six ans. Paraparésie avec exaltation des réflexes tendineux, incoordination motrice, 3 injections de 3 centimètres cubes. Pas d'amélioration notable. Eosinophilie céphalo- rachidienne.

Troisième cas. — M. C..., quarante ans. Syphilis ancienne. Paralysie générale classique, 5 injections de 4 centimètres cubes. La maladie reste stationnaire. Eosinophilie céphalorachidienne.

Quatrième cas. — M..., quarante ans. Paraplégie syphilitique avec contractures prononcées. Anesthésie complète des membres inférieurs ; 5 injections de 3 à 4 centimètres cubes. Amélioration de la spasmodicité dès la deuxième injection, disparition progressive de l'anesthésie. Malgré la continuation du

traitement, l'amélioration ne se maintint pas. Eosinophilie céphalo-rachidienne légère.

Cinquième cas. — Ch..., trente-six ans. Syphilis. Présente les troubles mentaux et moteurs de la pseudo-paralysie générale, 12 injections de 4 centimètres cubes en l'espace de trois mois. Amélioration très nette au début du traitement, puis rechute et mort en décembre 1907.

OBSERVATION IV

(Mosny et Pinard, Soc. méd. des Hôpit., 19 juin 1908.)

Tel est le cas de Mad..., ébéniste, âgé de quarante-deux ans entré le 11 mai 1907 à l'hôpital Saint-Antoine, salle Louis. Il se plaint de pouvoir à peine marcher, il souffre de violentes douleurs lombaires.

Rien à relever dans ses antécédents familiaux, il est célibataire sans enfants.

Il n'est pas éthylique et n'a jamais eu d'affections qu'une syphilis contractée il y a quatre ans et soignée à l'hôpital Ricord pendant trois ans.

Vers la fin du mois de décembre 1906, le malade en très bonne santé jusqu'alors, ressentit des fourmillements et des picotements dans les membres inférieurs. Bientôt il éprouva une certaine raideur des jambes, des douleurs en ceinture, surtout lombaires, particulièrement accentuées la nuit et empêchant tout sommeil.

Il peut néanmoins continuer à marcher, mais en boitant, jusque vers le milieu du mois d'avril. A ce moment les douleurs lombaires qui avaient toujours continué, devinrent plus vives

et s'accompagnèrent de courbature et de céphalalgie. Un matin, le malade en descendant de son lit se trouva dans l'impossibilité absolue de se tenir sur ses jambes. Au bout d'une demi-heure les mouvements redevinrent possibles quoique très pénibles. Cet accident le décida à venir consulter à l'hôpital. Malgré des bains sulfureux et de nombreux siphonnages la faiblesse des jambes augmenta et les membres inférieurs deviennent le siège d'un tremblement accentué.

De nouvelles crises semblables à la première survinrent ce qui obligea le malade à marcher en longeant les murs pour y trouver un appui. C'est dans ces conditions qu'il entre à l'hôpital.

Debout le malade se tient les talons écartés et l'on observe une légère trépidation.

Il marche en festonnant et en tâtonnant.

Il se laisse tomber pour s'asseoir.

Dans son lit il s'assied difficilement et ne peut prendre la position assise les jambes étendues.

Il n'y a pas atrophie musculaire appréciable, les mouvements volontaires sont possibles. Les réflexes patellaires et achilléens sont très exagérés surtout à droite. Ebauche de trépidation épileptoïde.

Le signe de Lasègue est des plus nets. On note l'absence de Babinski.

Les réflexes radiaux et olécraniens sont également exagérés.

Les pupilles réagissent nettement à la lumière et à l'accommodation.

Le malade éprouve des douleurs spontanées, vives, dans la région lombaire ainsi que dans la région fessière à l'origine des nerfs sciatiques. Ces douleurs exacerbées la nuit rendent le

sommeil impossible. La douleur existe le long des nerfs sciatiques aux points de Valleix.

Il n'existe pas de zones d'anesthésie ni de retard de la perception. La sensibilité est normale dans tous ses modes. Aucun trouble vésical.

Au point de vue psychique le malade est un neurasthénique avec grande instabilité mentale, incapable de rester longtemps dans le même endroit.

17 mai. — On lui fait une première injection intrarachidienne de 5 centimètres cubes d'électrargol. Le liquide céphalo-rachidien sortait en jet et contenait à ce moment 70 lymphocytes par champ.

Cette première injection est peu douloureuse : elle détermine de la céphalée et une élévation de température qui est d'ailleurs normale après les injections de ce genre.

Les jours suivants l'état du malade est très amélioré ; on lui fait alors une injection intra-veineuse d'électrargol le 22 mai et le 28 mai une nouvelle injection intra-rachidienne de 2 centimètres cubes d'électrargol.

29 mai. — Le malade se sentant bien demande à sortir : les douleurs sont très atténuées, le sommeil est redevenu possible. La marche est normale, le malade talonne pourtant encore légèrement.

Après sa sortie de l'hôpital, Mad... peut travailler, mais il revient de temps en temps car il éprouve quelques légères douleurs le long des nerfs sciatiques surtout au point trochantérien, le signe de Lasègue est positif des deux côtés.

On lui fait ainsi de temps en temps de nouvelles injections intra-rachidiennes d'électrargol qui chaque fois l'améliorent

et qui sont bien supportés, tout en déterminant toujours une forte élévation thermique.

Ainsi le 13 juillet, le 25 juillet, le 30 octobre, le malade reçoit des doses intra-rachidiennes d'électrargol s'élevant de 2 à 4 centimètres cubes à chaque fois. Parallèlement à l'amélioration clinique, on constate une diminution constante du nombre des lymphocytes dans le liquide céphalo-rachidien. Le 2 janvier on lui fait une dernière injection de 1 centimètre cube. Il semble guéri cliniquement et sa réaction céphalo-rachidienne qui était de 70 éléments par champ à l'entrée, qui était tombée progressivement à 25 éléments le 25 juillet, à 10 le 30 octobre, est à peu près normale le 2 janvier puisqu'il n'y a plus que 1 à 2 éléments par champ (une dizaine dans toute la préparation).

Notes de Laboratoire

17 mai 1907. — *Ponction lombaire*, hypertension, 68 éléments par champ en moyenne.

Lymphocytes........	68
Polynucléaires......,	3

Injection de 5 centimètres cubes d'électrargol.

28 mai 1907. — Liquide légèrement trouble ; les lymphocytes, en même quantité que précédemment, sont bourrés de granulations noirâtres. Injection de 2 centimètres d'électrargol.

13 juillet 1907. — Quelques gouttes de sang se mêlent au liquide (globules rouges et lymphos) injection de 2 centimètres d'électrargol.

25 juillet 1907. — Liquide clair, pas d'hypertension, 25 lymphos par champ. Injection de 4 centimètres d'électrargol.

30 octobre 1907. — Liquide clair, pas d'hypertension. 10 éléments par champ. Injection de 4 centimètres cubes d'électrargol.

2 février 1908. — Liquide clair, tension normale, réaction nulle, 0,1 à 2 éléments par certains champs, 10 éléments dans toute la préparation.

21 avril 1908. — Liquide clair, tension normale, 0,1, 2, 3 quelquefois 4 lymphos par certains champs.

Cas de méningite aiguë syphilitique traitée par le calomel

OBSERVATION V (Œttinger et Hamel)

(*Gazette des Hôpitaux*, 29 avril 1909.)

B..., trente ans, plombier, salle Delpech, n° 20.

Le malade est amené durant la nuit du 8 janvier, dans le coma, ne répondant à aucune question. Ce n'est que par la suite que nous serons fixés sur ses antécédents. En 1901, syphilides de la muqueuse buccale. Durant un mois ingestion de pilules de protoiodure et aussi d'iodure de potassium. Durant sept années aucune manifestation cutanée ou muqueuse. Deux enfants nés à terme, l'un âgé de sept ans est visiblement arriéré. Aucun traitement n'a été suivi depuis la première cure. Mais en janvier 1908, huit injections d'huile grise sont pratiquées. Cette reprise du traitement fut la conséquence de phénomènes paralytiques intermittents des mains, durant de cinq à dix minutes et pendant lesquels tout travail était impossible. En juillet ictus de peu de durée et paralysie du membre supérieur gauche. Des céphalées très pénibles apparaissent, mais en quelques jours le travail redevient possible. Un examen minutieux pratiqué à

l'hôpital Bichat ne révèle aucune syphilide cutanée, aucun trouble oculaire. Le traitement par l'huile grise est institué à ce moment et c'est après avoir reçu la vingt-quatrième injection que le malade a présenté les accidents qui le font conduire à l'hôpital.

6 janvier. — Une sensation de malaise apparaît intense, mal caractérisé, courbature qui empêche le malade de se rendre à son travail. Vers midi il observe des tremblements involontaires dans la main gauche, puis des secousses de plus en plus violentes gagnant l'avant-bras, le bras enfin en quelques minutes : à la crise convulsive succède une paralysie avec contracture. Le 7 janvier, le coma survient sans qu'on puisse préciser comment.

L'examen du malade pratiqué le 9 janvier le montre dans le décubitus dorsal, couché en chien de fusil, sans facies vultueux, avec des mouvements respiratoires normaux comme nombre et comme amplitude. Le pouls est à 100, régulier, bien frappé, la température à 38°8. La tête et les yeux sont déviés à droite, les yeux sont convulsés en haut. Facilement on ramène la tête dans la rectitude, car il n'existe pas de raideur de la nuque. Mais rapidement la déviation se reproduit. La bouche est déviée à gauche et la face présente de la contracture de ce côté. Les mâchoires sont serrées l'une contre l'autre par contracture des masséters. Les membres supérieurs sont contracturés, surtout à gauche où le coude est accolé au tronc, l'avant-bras fléchi sur le bras, les doigts fléchis dans la main. Les membres inférieurs sont aussi contracturés et leurs réflexes tendineux sont exagérés. Mais le réflexe plantaire est aboli à gauche, où est abolie la sensibilité, exagérée à droite. Les muscles de l'abdomen sont contractés : on fait apparaître nettement la raie méningitique. On observe au cours de l'examen une émission involontaire d'urine, ne contenant ni sucre ni albumine. Aucune syphilide cutanée,

pas de lisière de Burton. On ne constate pas de signe de Kernig. Les pupilles sont mydriatiques et réagissent mal à la lumière. On fait une injection intra-fessière de 0,05 de calomel et une ponction lombaire : liquide trouble sur tension normale contenant des cellules endothéliales, des lymphocytes normaux et d'autres très volumineux. Mais 50 o/o des éléments étaient constitués de polynucléaires de deux sortes : les uns normaux de taille et se colorant bien, les autres cinq ou six fois plus gros que la normale, se colorant mal.

Une amélioration sensible apparaît bientôt et la température tombe au-dessous de 38 degrés pour ne plus remonter.

12 janvier. — Les contractures sont moins marquées, l'incontinence des sphincters persiste, la torpeur générale est la même. Mais déjà apparaît un amaigrissement surprenant, qui frappe dès le premier examen. Seconde injection de 0,05 de calomel.

14 janvier. — Etat stationnaire, mais disparition de la déviation conjuguée.

15 janvier. — La rétraction du ventre s'accentue. L'amaigrissement est extrême, le membre supérieur gauche seul reste contracturé. Troisième injection de calomel.

16 janvier. — Réapparition de la conscience, mais dans la nuit délire bruyant non systématisé. Diminution de la contracture, persistance des troubles sphinctériens. Réflexe rotulien normal à gauche, exagéré à droite. On remarque une odeur très âcre et spéciale du malade, odeur rappelant celle de la souris : l'amaigrissement est de plus en plus marqué. Comme le malade ne digère pas les aliments on les introduit par une sonde nasale dans le pharynx.

21 janvier. — La contracture diminue, le membre supérieur

est étendu sur le plan du lit. Le malade répond par monosyllabes aux questions posées, mais l'incontinence des sphincters persiste.

23 janvier. — Etat stationnaire. Le membre inférieur gauche, hypoesthésique au début de la maladie est maintenant hyperesthésique. Les troubles des réservoirs sont les mêmes. Quatrième injection de calomel.

24 janvier. — Amélioration marquée. Les réponses deviennent plus complètes, mais sont faites d'une voix lente, traînante, monotone.

29 janvier. — L'amélioration s'accentue, mais les troubles des sphincters sont les mêmes. Injection de calomel, 0,05 centigrammes.

1er février. — Durant la nuit vive agitation, délire bruyant, incohérent. En examinant le dos du malade qu'on n'avait pas fait asseoir depuis quelques jours, on découvre une éruption composée d'éléments divers. Ils sont de trois ordres.

D'abord ce sont des papules lenticulaires, de couleur cuivrée nettement dermiques, éclatant l'épiderme qui apparait sous la forme d'une collerette de Biett : éléments syphilitiques caractéristiques de la période secondaire.

On observe de nombreux éléments, au nombre de dix ou douze, de la dimension d'une pièce de cinquante centimes au maximum, de couleur rouge clair musculaire, à base infiltrée tenant toute l'épaisseur du derme, recouverts d'une croûte épaisse.

L'évolution de ces éléments montre qu'ils sont de deux sortes. Les uns, en effet, doivent être considérés comme des papules crustacées, car ils guérissent sans cicatrices, avec une macule pigmentée. Les autres au contraire doivent être consi-

dérés comme des tubercules, car ils laissent une petite cicatrice très nette. Enfin on constate la présence de lésions papulo-squameuses et d'une ulcération à base indurée qui revêt le type des ulcérations de la syphilis maligne précoce : elle est située dans la région lombaire.

3 février. — 10 centigrammes de calomel. Traitement des éléments avec des pansements à l'emplâtre de Vigo. Injection quotidienne de 50 grammes de sérum de Hayem.

6 février. — La céphalée nocturne se manifeste violente. Les éléments éruptifs apparaissent sur les cuisses. Une seconde ponction lombaire est pratiquée et montre des éléments cellulaires peu nombreux, uniquement des lymphocytes, quatre ou cinq par champ d'immersion : le liquide était clair et limpide.

12 février. — La céphalée a presque disparu depuis la ponction lombaire. L'incontinenee des sphincters disparaît également mais l'éruption syphilitique s'étend sur les jambes, papulo-squameuse. Le délire continue nocturne, mais cesse le jour.

15 février. — Calomel 0,05 centigrammes. Les éléments les premiers constatés diminuent lentement, mais d'autres apparaissent sur le coude droit.

15 mars. — Le malade se lève, marche facilement, mais garde de la parésie gauche. Le poids était de 40 kilos le 20 février et est maintenant de 47 kgl. 500. Les réflexes tendineux sont normaux et aucun trouble intellectuel ne persiste autant qu'on peut le présumer sans avoir connu le malade avant la méningite. Il raconte ses antécédents, n'a plus de céphalées mais garde du tremblement de la langue. La parole reste lente, monotone, traînante surtout pour faire des réponses un peu compliquées.

On ne constate pourtant ni bredouillement, ni bégaiement. Les pupilles sont inégales, la pupille gauche étant un peu mydriatique.

Le réflexe à l'accommodation est normal.

Quant au réflexe lumineux il est très diminué : après une très faible contraction, sans que la source lumineuse ait été éloignée, on voit se produire une brusque et considérable dilatation pupillaire, c'est donc un équivalent du signe d'Argyll-Robertson.

Les éléments éruptifs sont guéris, la plupart sont totalement effacés ou remplacés par une macule plus ou moins pigmentée. Cependant certains éléments ont laissé une cicatrice ; mais la majorité des éléments a guéri sans cicatrice, caractère qui qui joint à leur morphologie en fait indiscutablement des éléments de la période secondaire.

Cas de méningites aiguës syphilitiques traitées par le biodure de mercure

OBSERVATION VI (Résumée)

(Debove et Castaigne) (1)

Le nommé L..., âgé de dix-huit ans, est entré dans notre service, salle Sandras, nº 11, le 20 décembre 1900.

Mai 1900. — Il a un chancre syphilitique de la verge. Etant soigné à Ricord, on nota de la roséole, des syphilides papuleuses et des plaques buccales.

Soigné au protoïodure de mercure et au sirop d'iodure de fer, il sortit au bout de trois mois et demi.

---

1. Clinique médicale de l'hôpital Beaujon. Leçon recueillie par le Dr J. Castaigne. *Gazette hebdomadaire de médecine*, 15 septembre 1901.

14 novembre. — Apparut une éruption syphilitique aux pieds et le 12 décembre, il y avait de l'œdème des jambes jusqu'aux cuisses. Le malade rentre à l'hôpital le 20 décembre. On observe une éruption syphilitique intense : syphilides papulo-squameuses psoriasiformes sur les bras et les jambes et syphilides végétantes à l'anus. L'urine contient de l'albumine.

On institue le traitement mercuriel avec frictions et 4 grammes d'iodure de potassium.

20 janvier. — Le traitement ayant été interrompu une dizaine de jours, il y eut une grande recrudescence dans les phénomènes syphilitiques et apparurent sur les jambes des syphilides papuleuses larges de 4 à 5 centimètres, reposant sur une base rouge surélevée et présentant une petite eschare noire centrale.

Il survient une poussée de plaques muqueuses buccales.

C'est dans le cours de cette poussée aiguë et grave des accidents syphilitiques que surviennent les accidents méningés.

Remarquez bien que je ne vous décris pas une méningite survenue dans le cours d'une syphilis banale, mais une méningite survenue sous nos yeux, à l'hôpital, au moment même où l'infection vénérienne se traduisait par de grands accidents.

Dans le service, nous n'avions aucun cas de méningite et l'on ne pouvait invoquer la contagion.

Voici dans quel ordre se sont développés les phénomènes.

25 janvier. — L... se sentit plus souffrant. Etant descendu dans la cour de l'hôpital, il fut pris d'un étourdissement et perdit connaissance. Revenu à lui il put remonter très lentement l'escalier et se coucher. Il fut pris de frisson, de fièvre sa température s'éleva à 39° 2 ; il eut du délire dans la nuit.

Veuillez bien remarquer le début aigu de la maladie, il est

aigu comme celui de la pneumonie et déjà le délire attire l'attention sur les centres nerveux.

26 janvier. — Le malade se plaint d'oppression, et cependant l'examen attentif du cœur et du poumon ne révèle aucun trouble des organes, mais dans l'après-midi, il survient des symptômes qui firent penser à une méningite, la céphalalgie et la raideur de la nuque qui rendaient tout mouvement de rotation de la tête impossible.

Cette raideur de la nuque est un symptôme presque caractéristique de la méningite spinale et, s'il ne nous la fait diagnostiquer, tout au moins doit-il nous en donner l'idée et nous faire discuter ce diagnostic. La température était de 37° 5 le matin et de 39° 6 le soir.

La nuit, il eut une crise de nerfs terminée par des larmes, qui peut fort bien être une crise d'hystérie, car les mêmes crises étaient survenues à une époque très antérieure aux accidents actuels.

27 janvier. — Céphalalgie, insomnie, signe de Kernig. Remarquez que le signe de Kernig est avec la raideur de la nuque le meilleur signe de la méningite spinale.

29 janvier. — Le malade est très somnolent, ses réflexes sont abolis. Diarrhée avec incontinences de matières.

Convaincu qu'il fallait faire un traitement syphilitique plus intense, nous faisons des injections de biiodure de mercure.

Ce même jour, nous pratiquons notre première ponction lombaire, nous extrayons un liquide trouble manifestement purulent, qui aurait confirmé notre diagnostic, si celui-ci eût été douteux.

30 janvier. — Douleurs moins vives, incontinence de matière, difficulté pour uriner.

31 janvier. — Amélioration légère, le malade se sent mieux. Température 38° 3 et 38° 6.

L'éruption syphilitique diminue, les croûtes se sont détachées, l'albuminurie est légère. La diarrhée persiste.

2 février. — L'amélioration persiste, les douleurs ont presque disparu. Le sommeil revient, la diarrhée cesse.

5 février. — Après une légère aggravation des jours précédents, il y a une amélioration manifeste, les éruptions tendent à disparaître.

17 février. — Le malade entrait en convalescence. Le 11 mars nous le considérions comme guéri et aujourd'hui 10 mai, s'il est encore à l'hôpital, c'est que nous lui avons conseillé d'y rester longtemps pour y subir un traitement antisyphilitique prolongé. Il est bien portant, il travaille et remplit dans notre service les fonctions d'infirmier surnuméraire.

Quelle était la nature de cette méningite ? Je ne serais pas éloigné de croire qu'elle était syphilitique et cela pour les raisons suivantes :

1° Elle est survenue non au cours d'une syphilis banale, mais dans le cours d'une syphilis grave ;

2° Elle a coïncidé avec une poussée de syphilides cutanées, rapidement ulcéreuses, dont elle a suivi la marche ascendante et descendante, semblant comme elle, céder à l'influence du traitement ;

3° Le traitement anti-syphilitique intensif a paru modifier heureusement la maladie ;

4° L'examen bactériologique du liquide céphalo-rachidien n'a permis de reconnaître l'existence d'aucune sorte de microbes.

Mais voyons plus en détail les résultats donnés par l'examen du liquide céphalo-rachidien. Il a été pratiqué neuf ponctions.

Les premières ont donné un liquide tout à fait trouble qui s'est ensuite éclairci progressivement à mesure que le malade allait mieux.

Nous n'avons jamais constaté l'existence d'autres microbes ni par l'examen direct, ni par les cultures, ni par l'inoculation à la souris.

Au point de vue des éléments morphologiques, nous avons constaté dans ce liquide l'existence de lymphocytes et de leucocytes polynucléaires, ceux-ci étaient en proportion notable au fort de la maladie.

OBSERVATION VII (Résumée)

(Widal et Le Sourd. — *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux*, 14 février 1902.)

Le malade âgé de vingt-neuf ans, entre dans le service le 2 octobre 1901, pour céphalée et vomissements. N'a pas eu de chancre et ne présente pas de stigmates de syphilis.

9 octobre. — Le malade est somnolent, répond à peine, a une position en chien de fusil, présente le signe de Kernig.

Pouls lent, dicrote, bat à 50 pulsations, très régulier. Constipation. Température : 35°6 à 36°2.

12 octobre. — La température monte à 38°4. La somnolence diminue.

14 octobre. — Somnolence, constipation. Inégalité pupillaire.

15 octobre. — Même état. On commence le traitement par des injections d'huile biiodurée. On les continue jusqu'au 7 novembre, en administrant en même temps 3 grammes par jour d'iodure de potassium.

18 octobre. — Mieux sensible. Céphalée moins intense.

Le signe de Kernig et la raideur de la nuque sont moins accusés.

7 novembrer — Le malade est guéri et reprend son travail.

15 janvier 1902. — Il fait une rechute. Guérison au bout de cinq jours de traitement.

Les ponctions exploratrices du liquide céphalo-rachidien montrent un liquide toujours limpide, avec lymphocytose abondante et absence de bactéries.

OBSERVATION VIII (Résumée)

(Brissaud et Brécy. — *Bulletin de la Société médicale*, 14 mars 1902.)

S. M..., emballeur, entre le 10 février 1902 dans le service pour céphalée intense. Malaises depuis huit jours, avec crise de céphalée et vertiges dans l'après-midi du 5 février, qui le forcent à s'aliter.

11 février. — Douleur à la région temporale gauche avec exacerbation toutes les cinq minutes environ. Debout, il oscille et tombe à droite ; intelligence intacte. Pas de tronbles visuels et oculaires. Langue blanche ; pas de diarrhée ni de constipation, ni de vomissements. Pas de Kernig, réflexe rotulien aboli.

Hyperesthésie du membre inférieur gauche remontant à l'abdomen. Raie méningitique.

Respiration régulière, pouls régulier, battant a 50. Température 39 degrés.

Pas de signe de syphilis acquise ou héréditaire.

Les jours suivants, pas d'amélioration, température entre 39 degrés et 40 degrés, avec céphalée intolérable.

14 et 17 février. — On note deux vomissements.

11 février. — Première ponction : liquide clair en jet, lymphocytose abondante.

12 février. — Deuxième ponction ; l'écoulement est plus lent et on note la perméabilité des méninges à l'iodure de potassium.

14 février. — Troisième ponction. La céphalée augmente.

Le même jour, injection de 4 milligrammes de biiodure de mercure. On continue le traitement pendant quinze jours, en notant une diminution progressive de la céphalée et de la fièvre.

17 février. — Légère inégalité pupillaire dans le signe d'Argyll.

26 février. — Le malade se lève.

14 mars. — Il n'y a plus ni céphalée, ni vertiges.

Depuis le 8 mars, on avait fait une série de piqûres.

Depuis le 4 mars, la lymphocytose n'était plus qu'à peine appréciable.

En somme, méningite fruste. La guérison par le mercure a empêché de s'arrêter à la tuberculose.

OBSERVATION IX

(MM. L. Boidin et Pierre Weill. — *Presse Médicale*, 19 octobre 1907.)

Ch. L..., dix-huit ans, imprimeur, entre à l'hôpital de la Charité, salle Corvisart, n° 33, le 8 août 1906, dans la soirée.

Examiné le 9 au matin, nous le trouvons abattu, plongé dans une demi-torpeur dont il est difficile de le tirer. Il est couché en chien de fusil, les yeux mi-clos, répondant mal aux questions, d'une voix monotone et traînante. Il présente tout à fait l'allure d'une méningite. Il se plaint d'une céphalée très vive, est constipé, mais n'a pas vomi depuis son entrée.

Nous constatons une raideur douloureuse de la nuque, un signe de Kernig très marqué. Le ventre est en bateau. Pas de raie méningitique. Les réflexes tendineux sont abolis aux membres supérieurs et aux membres inférieurs. Les réflexes cutanés (abdominal, crémastérien) sont normaux ; le réflexe plantaire est en flexion. Légère inégalité pupillaire. Pas de strabisme, ni de ptosis. Pas de photophobie. Réflexe à la lumière normal, réflexe oscillant de la pupille assez net.

Les voisins de la salle nous apprennent que, la nuit, le malade a présenté du délire d'action et de parole ; nous recherchons si ce délire revêt le type du délire onirique, ou s'il présente une systématisation quelconque. Il n'en est rien : le malade a seulement cherché à se lever et a proféré des paroles incohérentes, sans suite aucune.

La température est de 37°5. Le pouls, lent, bat à 55 ; il est régulier, égal, bien frappé. Respiration ample, régulière, à 22.

La langue est saburrale ; il existe un liseré saturnin que nous recherchons, car la pancarte indique que le malade exerce la profession d'imprimeur.

Les urines, peu abondantes (250 grammes) sont foncées. Il existe un léger nuage d'albumine.

L'état de somnolence du malade, la fatigue que lui occasionne l'interrogatoire, empêchent d'avoir aucun renseignement sur ses antécédents et sur le début des accidents. Etant donné la faible élévation de la température et l'allure générale de la maladie, nous pensons à une méningite tuberculeuse ; mais, en palpant la région inguinale, on est frappé de l'existence de ganglions bilatéraux, durs, non enflammés, roulant sous le doigt. Aucune excoriation des membres inférieurs, mais nous trouvons dans le sillon balano-préputial un chancre induré. On ne constate aucun autre accident spécifique : ni roséole, ni plaques muqueuses, ni alopécie, ni ganglions sous-occipitaux. Pour compléter notre enquête, nous prions sa femme de venir à la visite du lendemain.

10 août. — Sa femme nous apprend l'histoire des accidents. Ils ont débuté trois semaines auparavant, le 15 juillet, par une céphalée frontale très vive à maximum nocturne. Cette céphalée va en s'accentuant et le malade s'alite le 2 août. La constipation s'installe le 5 août ; les vomissements apparaissent. Ils sont très fréquents et surviennent après la moindre ingestion alimentaire. Le malade tombe dans une demi-somnolence ; la nuit, il a du délire. On le transporte à l'hôpital. Cette histoire nous a été confirmée dans la suite par le malade qui nous a renseigné aussi sur ses antécédents : ses parents sont âgés et bien portants, un de ses frères est mort de tuberculose pulmonaire. Lui-même

n'a eu aucune maladie ; il est imprimeur, n'a jamais eu d'accidents saturnins.

Nous examinons sa femme, qui présente la cicatrice d'un chancre vulvaire ; elle est en pleine éruption roséolique ; elle a des plaques muqueuses buccales, de l'adénopathie sous-occipitale.

Nous instituons un traitement antisyphylitique par injection quotidienne de 1 centigramme de biiodure de mercure.

10 et 11 août. — L'état méningé persiste identique, la température se maintient entre 37° 3 et 37° 9. Le pouls s'élève à 80, les urines deviennent plus abondantes.

12 août. — Même état méningé ; mais, à l'examen du corps pratiqué avec attention tous les jours, on constate l'apparition d'une roséole pâle et discrète au niveau de la région lombaire.

13 août. — L'état méningé s'améliore : le malade n'a pas déliré pendant la nuit et sort de son état de torpeur. La céphalée est moins vive : pas de vomissements, la constipation est moins opiniâtre. La température est de 37 degrés, le pouls à 60. La raideur de la nuque, le signe de Kernig sont toujours très manifestes. Les réflexes tendineux sont toujours abolis.

Les éléments roséoliques s'étendent et se précisent ; bien que pâles, on les constate nettement au niveau des lombes, du thorax, de l'abdomen.

14 août. — L'amélioration s'accentue ; les pupilles sont redevenues égales, les réflexes tendineux ont réapparu aux membres supérieurs, où ils ont une intensité normale ; ils sont encore abolis aux membres inférieurs.

Le malade est encore couché en chien de fusil ; la nuque est

encore très raide, mais le signe de Kernig a considérablement diminué.

Pouls à 88 ; température à 37° 3 ; 100 grammes d'urines encore légèrement albumineuses.

15 août. — Roséole très nette.

Le Kernig a disparu. La raideur de la nuque persiste, mais moins marquée.

Les réflexes achilléens sont revenus partiellement ; ils sont plus faibles que normalement, surtout à droite. Les réflexes rotuliens manquent encore.

Température à 37° 2. Pouls à 68.

Les urines sont beaucoup plus abondantes que les jours précédents (1,600 grammes.)

17 août. — La constipation a disparu ; la céphalée persiste, frontale, surtout nocturne, mais bien moins vive qu'auparavant.

Tous les réflexes tendineux sont redevenus normaux, à l'exception cependant des réflexes rotuliens qui sont encore abolis.

La roséole a diminué de teinte et d'étendue.

Le signe de Kernig et la raideur de la nuque ont disparu.

Pouls bien frappé à 88. Température à 37° 1 ; 1,500 grammes d'urines.

Ch. L... est convalescent.

Le traitement mercuriel est continué.

Le malade est assez pâle depuis une huitaine de jours. L'examen de son sang donne les résultats suivants :

Globules rouges 2,387,000 ; valeur globulaire : 0,8. Globules blancs, normaux comme nombre et comme équilibre.

28 août. — Le malade peut être considéré comme guéri.

Trois litres d'urine par vingt-quatre heures les jours précédents La céphalée a complètement disparu ainsi que la roséole. Le chancre est cicatrisé. Il n'est pas survenu d'autres accidents syphilitiques.

Ch. L... quitte le service le 7 septembre 1907.

Ponctions lombaires. — Quatre ponctions lombaires ont été pratiquées.

Première ponction (deuxième jour après l'entrée) : liquide clair, hypertendu, lymphocytose pure (10 à 12 éléments par champ d'immersion).

Deuxième ponction (cinquième jour après l'entrée : liquide clair, légèrement hypertendu, sans réticulum fibrineux, un peu plus albumineux que normalement. Très léger culot blanchâtre après centrifugation.

Le culot du premier tube sert à faire des préparations sur lames. On fait sans résultat des Ziehl et des Giemsa. L'examen cytologique montre une lymphocytose à peu près exclusive (15 éléments par champ d'immersion) ; les lymphocytes sont altérés, à noyaux un peu diffluents et prennent mal les colorants.

Le culot du deuxième tube est inoculé sous la peau d'un cobaye.

Le contenu du troisième tube est injecté, sans avoir été centrifugé, dans le péritoine d'un autre cobaye.

Ensemencements sur les milieux usuels qui restent négatifs.

Troisième ponction (quatorzième jour après l'entrée) liquide clair, très légèrement hypertendu. Pas de culot ; quantité d'albumine plus forte que lors des ponctions précédentes.

Les lames montrent une lymphocytose pure et abondante (25 lymphocytes par champ d'immersion, petits et bien colorés.)

Quatrième ponction (la veille de la sortie, trente jours après l'entrée) : le liquide sort en jet.

Il est clair.

Pas de culot après centrifugation.

Lymphocytose très légère (2 ou 3 lymphocytes par champ d'immersion). Grands lymphocytes altérés.

Les deux cobayes inoculés avec le liquide céphalo-rachidien sont sacrifiés le 30 septembre, c'est-à-dire plus de six semaines après l'inoculation. Ils sont indemnes de toute lésion tuberculeuse.

OBSERVATION X

(Ch. Laubry et L. Giroux. — *Tribune médicale*, 4 janvier 1908.)

L... Eugénie, vingt-quatre ans, danseuse, entre le 9 mai 1907 à l'hôpital Saint-Antoine, salle Damaschino, lit n° 14, dans le service du Dr Vaquez, pour des accidents nerveux dont le début date de plus de deux mois. Vers les premiers jours de mars, la malade, se trouvant en Espagne, commença à ressentir des maux de tête violents, tantôt accompagnés de douleurs lombaires, tantôt alternant avec elles. Mais les crises sont assez rapides, passagères, cèdent ou paraissent céder au traitement névralgique banal, et sont compatibles avec les occupations journalières. Cependant dès cette époque l'interrogatoire attire l'attention sur certains phénomènes qui précédaient ou suivaient les accès douloureux, vertiges, bourdonnements d'oreilles et nausées. Ceux-ci étaient plus fréquents le matin, au réveil, et les nausées furent une ou deux fois suivies de vomissements survenant avec effort.

20 mars. — Une crise survient particulièrement grave. La malade est réveillée, le matin, par une cépbalalgie frontale et des douleurs lombaires très intenses. Les muscles de la nuque et du tronc sont raides, comme ankylosés, elle veut se lever, mais n'y parvient pas. Il y a des vomissements, de la courbature, des douleurs irradiant dans les membres, particulièrement aux membres inférieurs. Un médecin appelé à ce moment porte le diagnostic de grippe, conseille le régime lacté et fait appliquer des sinapismes aux mollets. Cet état aigu persiste une huitaine de jours, avec quelques accalmies et une amélioration progressive qui permet de quitter le lit, au bout de ce temps, et de reprendre une partie des occupations habituelles. Mais la tête reste lourde, avec de temps en temps des douleurs lancinantes : la courbature est persistante, la fatigue survient au moindre effort, et l'inappétence s'accompagne de régurgitations, de vomissements, de constipation, état qui finit par inquiéter la malade et la faire rentrer à Paris le 10 avril.

11 avril. — Elle demande provisoirement asile à une de ses parentes, dans la crainte que son voyage n'aggrave son état. Mais se sentant suffisamment bien portante, elle rentre chez elle, reste relativement bien jusqu'à la fin du mois. Le 2 mai, dans la rue, elle est prise de vertiges ; elle voit les objets au milieu d'un brouillard, animés de mouvements et, par intervalles, doubles ; la marche lui devient de plus en plus pénible ; elle est obligée de se soutenir aux arbres ou aux maisons pour garder son équilibre, prise par les passants, dit-elle, pour une femme ivre ; une voiture la conduit chez elle où elle se couche aussitôt.

Malgré ces troubles et une nuit assez agitée, avec insomnie, cauchemars, sensations vertigineuses, elle essaie, le lendemain

matin 3 mai, de se lever à nouveau ; elle y parvient, peut faire quelques courses, conservant dans la journée la tête un peu lourde, mais le soir elle présente une véritable crise suraiguë qu'observe notre confrère et ami le Dr Bouquerel : céphalalgie et rachialgie intenses, contracture très nette des muscles de la nuque et du tronc, sans secousses épileptiformes, vomissements alimentaires, sans nausées cette fois, et bilieux ; constipation opiniâtre, ventre en bateau, signe de Kernig très net, légère élévation thermique 38°1, pouls à 100 pulsations par minute. Ce tableau symptomatique fait porter au Dr Bouquerel le diagnostic de méningite cérébro-spinale. Il prescrit une révulsion le long de la colonne lombaire, et des bains chauds.

5 mai. — L'un de nous est appelé en consultation par le Dr Bouquerel, et ne seraient les renseignements très circonstanciés et très minutieusement observés par notre confrère et ami, il ne pourrait à la vérité confirmer son diagnostic.

La malade est étendue sur son lit, la figure fatiguée par la crise longue et douloureuse de la nuit, mais les phénomènes ont en partie disparu ; l'intelligence très lucide lui permet de répondre nettement à notre interrogatoire et de nous narrer les faits qui précèdent. Elle a plutôt l'apparence d'une hystérique au sortir d'une crise que d'une méningitique en période d'accalmie. Néanmoins persistent quelques symptômes objectifs atténués qui sont : une légère raideur des muscles de la nuque, des réflexes manifestement forts, sans clonus il est vrai, mais accompagnés nettement de Kernig, d'une réaction des gros orteils en extension (signe de Babinski surtout net du côté droit), d'un ptosis droit, sans autre paralysie oculaire, sans signe d'Argyll-Robertson, sans diplopie. Le ventre est souple, mais la vessie est distendue, la constipation persistante.

Le cœur, les poumons, les urines n'offrent rien d'anormal. Il n'existe aucun antécédent marqué de syphilis et nous ne trouvons à ce moment aucun stigmate de vérole.

Néanmoins, tout en portant le diagnostic de phénomènes méningés cérébro-spinaux, nous écartons plus volontiers, en raison de l'absence des phénomènes généraux graves, le diagnostic de méningite aiguë infectieuse, et en raison de l'absence de signes de tuberculose viscérale celui de méningite tuberculeuse, tout en faisant nos réserves.

Nous prescrivons le traitement antisyphilitique par des injections mercurielles, l'iodure de potassium, conseillons les bains chauds en cas de retour agressif des phénomènes méningés.

Ceux-ci ne tardent pas d'ailleurs à réapparaître et la malade entre à l'hôpital pour suivre son traitement et subir la ponction lombaire que nous avions jugée indispensable.

9 mai. — A son entrée, la céphalalgie frontale dure d'une façon continue depuis plus de trois jours, imprimant au visage un masque d'hébétude et rendant la malade indifférente aux manifestations extérieures, répondant avec peine aux questions que nous ménageons, d'ailleurs, son histoire nous étant connue.

Les vomissements ont cessé depuis quatre jours, mais la constipation est toujours opiniâtre.

Les muscles de la nuque sont raides et contractés, maintenant la tête en légère extension ; ils sont douloureux dès qu'on cherche à provoquer le moindre mouvement d'extension. Les muscles de la gouttière sont douloureux, avec véritables crises de rachialgie irradiées aux membres inférieurs, mais rendent possibles les mouvements de flexion du tronc sur la cuisse et

permettent à la malade de s'asseoir et de rester un moment assise sur son lit.

Pas de paralysie, pas de convulsion épileptiforme, pas de tremblement.

Les réflexes rotuliens sont exagérés avec légère trépidation épileptoïde. Signes de Babinski aux deux orteils, mais plus net à gauche. Signe de Kernig, très net aux membres inférieurs.

La sensibilité paraît plutôt exagérée, sans zone tranchée d'hyperesthésie. Il existe de la diplopie avec strabisme convergent et ptosis de la paupière droite. Les réflexes lumineux et accommodateurs sont conservés. Mais les réactions sont paresseuses.

L'exploration des organes ne révèle rien de particulier. Le ventre est excavé : la vessie globuleuse : la rétention d'urine étant assez nette pour qu'on soit obligé de pratiquer régulièrement deux sondages par jour. *Mais, phénomène qui avait échappé à une première exploration, il existe dans la région frontale gauche*, au-dessus de *l'arcade sourcillière une exostose régulière du volume d'une petite noisette, sensible à une forte pression, dure, et que la malade avoue n'avoir jamais remarquée.*

La température est de 37° 8, le pouls à 100 degrés.

Antécédents. — Aucun antécédent personnel digne d'être rapporté ; aucune affection antérieure sauf la varicelle à l'âge de trois ans, survenue, il est vrai, sans cause. Un frère et une sœur morts à la suite d'affection sur laquelle on ne peut avoir de notions.

On pratique une ponction lombaire et on institue un traitement antisyphilitique, à l'aide d'injections biquotidiennes de

0 gr. 02 de biiodure de mercure que l'on complète ultérieurement par 2 grammes d'iodure de potassium.

17 mai. — Au bout de huit jours de traitement, l'amélioration est déjà manifeste : les douleurs lombaires, les douleurs des membres inférieurs, le strabisme, la diplopie et le ptosis ont disparu. La fièvre qui d'ailleurs n'a jamais été très élevée a totalement cédé.

Les jours suivants, l'amélioration continue et le 28 juin après avoir subi deux séries de 12 piqûres de biiodure, la malade quitte le service, ne présentant plus aucun phénomène subjectif. Une exploration complète, la veille de son départ, confirme en partie la guérison, montrant seulement la persistance d'une exagération des réflexes avec légers clonus du pied, l'existence d'un signe de Babinski, bilatéral, mais la disparition du signe de Kernig, *l'exostose frontale a presque totalement disparu, manifestant son emplacement au toucher par une légère saillie osseuse, non sensible à la pression.*

Ponctions lombaires. — Trois ponctions lombaires ont été pratiquées.

La première (premier jour de l'entrée à l'hôpital), le liquide céphalo-rachidien est légèrement jaunâtre, sans hypertension, clair. Lymphocytose pure : 12 à 15 éléments par champ microscopique, bien colorés par les réactifs.

La deuxième (13 mai, quatrième jour de l'entrée), liquide sans hypertension, sans réticulum, sans albumine, recueilli dans deux tubes. Le culot obtenu par centrifugation de l'un des deux est examiné sur plusieurs lames colorées les unes au Ziehl, les autres au Giemsa, sans qu'aucune de ces colorations ne révèle la présence du bacille de Koch, ou du tréponème pâle. L'examen cytologique révèle une lymphocy-

tose de même aspect et de même intensité que précédemment.

Le contenu du deuxième tube est inoculé, partie sous la peau d'un premier cobaye, partie dans le péritoine d'un second cobaye.

Une certaine quantité de liquide obtenu à la pipette a été ensemencée sur les milieux appropriés (gélose et gélose sanglante), sans résultats.

La troisième (20 juin, quarante jours après l'entrée) donne un liquide clair, sans hypertension, sans albumine. Lymphocytose plus discrète (8 à 10 éléments par champ), mais toujours nette. Eléments moins bien colorés.

Les deux cobayes inoculés sont sacrifiés le 25 juin (quarante-deux jours après leur inoculation), ils ne présentent aucune lésion tuberculeuse.

OBSERVATION XI

(MM. Gilbert Ballet et André Barbé. — *Revue de Neurologie*, 15 avril 1908.)

D..., Louise, âgée de vingt et un ans, domestique, entre le 25 juin 1907, à l'Hôtel-Dieu, pour une céphalée intense. L'examen de la malade révèle l'existense d'une roséole floride étendue sur tout le tronc et la face. En dehors de la céphalée, il n'y avait aucun accident du côté du système nerveux ; le chancre primitif était passé inaperçu. Une ponction lombaire, pratiquée le 28 juin, révéla l'existence d'une énorme lymphocytose, ce qui était normal, étant donné la roséole et la céphalée. On institua le traitement mercuriel par des piqûres de biiodure

d'hydrargyre quotidiennes et l'iodure de potassium à la dose de 4 grammes par jour. Ce traitement calma légèrement la céphalée, mais sans la faire disparaître complètement, et au bout d'une série de 20 piqûres de biiodure, on fit une nouvelle ponction lombaire, qui révéla la présence d'une lymphocytose encore assez nette. On fit une nouvelle série d'injections mercurielles, et comme la céphalée persistait, on pratiqua une nouvelle ponction lombaire, au bout de 20 piqûres, la lymphocytose persistait, quoique légère.

On institua de nouveau le traitement et le 5 septembre, une nouvelle ponction lombaire montra la disparition de la lymphocytose ; de même, il n'y avait plus de céphalée. Il avait donc fallu 60 injections de biiodure de mercure pour faire disparaître la réaction méningée, et nous faisons dès maintenant remarquer l'indication thérapeutique fournie par la ponction lombaire, indication qui permit d'instituer un traitement rationnel,

Sortie à ce moment de l'hôpital, la malade rentra de nouveau en octobre, se plaignant encore d'une céphalée tenace. La ponction lombaire ne révéla aucune trace de lymphocytose, mais en souvenir des antécédents de la malade, on institua cependant le traitement ioduré-mercuriel. A partir de 15 octobre, la céphalée augmenta, accompagnée de quelques troubles délirants, un peu de raideur de la nuque, ébauche de signe de Kernig et légère inégalité pupillaire. L'examen du liquide céphalo-rachidien, pratiqué à nouveau le 17 octobre, révéla l'existence d'une lymphocytose moyenne ; puis les troubles délirants s'accentuèrent, en même temps que la température s'élevait ; les pupilles étaient paresseuses à la lumière et la malade succomba le 25 octobre.

Le système nerveux, formolé, *in situ* fut prélevé vingt-sept heures après la mort et examiné par les méthodes de Nissl, de Van Giesen, le picrocarmin et l'hématoxyline-éosine.

Au niveau des *méninges* on voit une infiltration de lymphocytes dans la pie-mère épaissie ; les espaces sous-arachnoïdiens sont aussi le siège d'une infiltration embryonnaire diffuse : les lymphocytes sont surtout accumulés dans le voisinage des vaisseaux sanguins ; de plus, cette infiltration cellulaire se prolonge avec la méninge dans le fond des sillons. Il y a donc surtout des amas lymphocytaires dans le voisinage des vaisseaux.

Les *vaisseaux* étaient très altérés. On notait de la péri-artérite aussi bien que de la périphlébite. Dans les artères on trouve surtout une infiltration lymphoïde diffuse très abondante ; il y a de plus une dilatation vasculaire très nette.

Enfin, signalons la présence de points de caséification, siégeant surtout au niveau de la face inférieure des hémisphères. La recherche du spirochète, de même que celle du bacille de Koch est restée négative.

Cas de méningites aiguës syphilitiques traitées par le benzoate de mercure

OBSERVATION XII

(Galliard et d'Œlnitz. — *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux*, 12 juin 1903.)

Mme D..., vingt-deux ans, couturière, entre à Lariboisière, le 4 mai 1903 et fut récemment soignée à Saint-Louis pour syphilis, on constate d'ailleurs une pigmentation caractéristique.

La malade est dans un état d'inconscience absolu à la suite

d'une perte de connaissance survenue le matin même et précédée depuis quatre jours d'une céphalée intense. Elle est couchée en chien de fusil. La nuque et les membres sont contracturés. Il y a de l'inégalité pupillaire et du strabisme. On constate la raie méningitique. Le pouls est rapide et régulier, la respiration est normale.

On pense aussitôt à une méningite syphilitique et on commence le traitement (piqûre de 2 centigrammes de benzoate de mercure avec lavement purgatif). On ne peut rien administrer par la bouche, car la déglutition est impossible.

A 5 heures du soir, on note de l'agitation, la malade rend des mucosités sans vomir. Pas de convulsions, mais émission involontaire d'urine. Température vaginale + 39° 3. On donne 4 grammes d'hydrate de chloral en lavement.

5 mai. — Même état, on constate du Kernig. Température + 39° 7. On fait une ponction, le liquide retiré est louche, en hypertension modérée, de plus on constate une lymphocytose abondante, avec quelques mononucléaires et polynucléaires. On continue le traitement, le soir la température est à + 39° 8. Il y a de l'agitatation et du délire. La déglutition est impossible.

6 mai. — La température est à 38° 8. Pendant la nuit, la malade a été très agitée. On fait une piqûre de 2 centigrammes de mercure. Vers 3 heures de l'après-midi; la malade sort de son long sommeil et absorde trois biberons de lait. La malade ne se souvient pas de ce qui s'est passé. A 5 heures, on donne du lait et du chloral.

7 mai. — La malade est bien réveillée, mais se plaint de céphalée et de courbature. On ne trouve plus de trace de contracture de la nuque. Le pouls est régulier, la raie méningi-

tique persiste. On supprime le chloral, mais on continue les piqûres. Le soir, la température est à + 37° 3 et les jours suivants à 37 degrés.

12 mai. — On note de la stomatite, on supprime le mercure.

19 mai. — On fait une deuxième ponction, l'hypertension du liquide a disparu, on note cependant quelques éléments figurés mais très rares. La stomatite est guérie, on reprend alors le mercure (piqûres) jusqu'au 7 juin. Ce jour-là, l'état est excellent, il n'y a plus aucun trouble.

Histoire de la malade. — Roséole en août 1902. A Saint-Louis on institue le traitement intensif au protoiodure de mercure dont l'action est du reste minime.

En décembre, on fait par semaine trois piqûres d'huile biiodurée de mercure. On n'a jamais noté de stomatite.

La malade entre dans le service du Dr du Castel ; au bout d'un mois, elle en sort et recommence à prendre du protoiodure de mercure à la dose de 10 centigrammes par jour. Jusqu'au 30 avril, la malade ne présente rien d'anormal, quand brusquement survient une céphalée intense et le 4 mai la perte de connaissance est complète.

OBSERVATION XIII (Résumée)

(Hayem et Bensaude. — Thèse de Drouet, Paris, 1904-1905.)

L F..., trente-huit ans, marchand des quatres saisons, a eu en 1892 un chancre balano-préputial, quelque temps après apparurent la roséole et des plaques muqueuses. Toutes ces lésions ne laissèrent pas de cicatrices. Le malade fut soigné dans le Midi. Il est père de deux enfants bien portants, sa femme n'a jamais fait d'avortements.

17 novembre 1902. — Il entre dans le service.

Depuis quinze jours, le malade est atteint de troubles psychiques, sensitifs et moteurs.

Il ne peut donner lui-même aucun renseignement précis.

Après examen, on constate tout d'abord un tremblement du membre supérieur droit avec céphalée nocturne très violente. Jamais de vomissements. Puis on note des vertiges rendant la marche et la station impossibles. L'état psychique est altéré, il y a du délire loquace furieux avec excitation. Pas de diarrhée, ni de constipation.

Quelques jours après, on constate des manifestations épileptoïdes du bras droit.

Jamais le malade n'a eu de perte de connaissance brusque. Dans la moitié droite du corps, les réflexes sont diminués, tandis quedans la partie gauche, ils sont exagérés. Pourtant on note une légère parésie des membres supérieurs et inférieurs gauches avec diminution de la sensibilité de ces deux membres.

Il y a en plus de la paralysie faciale gauche. Les mouvements volontaires sont fort maladroits. Le malade a tendance à tomber en arrière. Les réflexes pupillaires sont paresseux. La vision ne paraît pas troublée. L'appareil respiratoire, le cœur, les vaisseaux, le tube digestif ne présentent rien d'anormal. La langue est propre. Pas de température.

Le malade a travaillé de vingt-cinq à trente-sept ans dans le plomb. il a eu trois crises de coliques sans aucun accident nerveux.

20 novembre. — La ponction donne un liquide incolore en hypertension. La lymphocytose est très accentuée et par AZO^3H, le liquide donne un précipité albumineux. On pense à une méningite syphilitique. Chaque jour, on administre alors

o gr. 02 de benzoate de mercure, 4 grammes de bromure de potassium et 6 grammes d'iodure de potassium. Tous les soirs, le malade prend 1 gramme de sulfonal Durant ce traitement on note cependant une grande agitation.

24 novembre. — Il y a une amélioration sensible, le malade n'a plus de tendance à tomber et peut faire quelques pas. Il n'y a plus d'accès épileptiformes, plus de céphalée. L'état psychique est très amélioré. Au bout de quatre jours, l'amélioration se continuant, le malade sort guéri le 13 décembre.

Il revient en juillet 1903, avec une parésie de tout le côté droit. On ne fait pas de ponction et après un mois de traitement le malade sort guéri.

OBSERVATION XIV (Résumée)

(Pic et Regaud de Lyon. — *Province médicale,* 18 mai 1895.)

Cas de méningite aiguë syphilitique traitée par l'iodure de potassium

C... Elise, cinquante-cinq ans, domestique, entre dans le service le 4 septembre 1894. Léger éthylisme.

Il y a quinze jours, sans cause, survient un léger état de stupeur, qui augmente progressivement.

A son entrée, la stupeur est complète, le regard fixe, les réponses incohérentes.

Incontinence des matières fécales et de l'urine. Langue normale. Un peu d'inégalité pupillaire. Strabisme à gauche. Réflexe rotulien diminué à gauche.

15 septembre. — La stupeur est devenue du coma, on donne 2 grammes d'Ik.

17 septembre. — Température rectale : 40 degrés, même état. Ptosis à gauche. Pas de paralysie des membres. Quelques légères contractures. Raie méningitique. Traces d'albumine.

18 septembre. — L'état intellectuel s'améliore. Elle répond aux questions. Tous les autres signes persistent. Température : 39 à 40 degrés.

19 septembre. — La température baisse brusquement. Deux cultures de sang sont négatives. Le délire est permanent.

22 septembre. — Les signes méningitiques s'accentuent. La constipation s'établit. Température : 39 degrés. On constate du myosis et de la paralysie de la troisième paire. On prescrit des frictions mercurielles et 4 grammes d'Ik.

24 septembre. — Se produit une eschare fessière. Les autres symptômes s'amendent. On supprime le mercure et on donne 8 grammes d'Ik.

2 octobre. — La température a disparu. L'eschare fessière persiste toujours ainsi que le ptosis et le myosis.

14 octobre. — L'état cérébral s'aggrave. Le ptosis s'accentue et apparaît une paralysie faciale droite.

17 octobre. — Le délire survenu précédemment cesse. La malade peut se lever, mais tombe à droite par paralysie du côté.

Le 6 décembre et les jours suivants l'amélioration s'accentue. La malade commence à marcher, mais il y a encore du vertige et des paralysies. Le moteur oculaire commun gauche commence à se prendre. Enfin quoique venant bien lentement la guérison s'effectue.

Antécédents. — Pas de stigmates de la syphilis. La malade a eu deux enfants morts en bas âge, dont un du croup. Puis elle a eu une fausse-couche et depuis a eu une fille actuellement mère et bien portante.

CONCLUSIONS

De l'observation de tous ces cas il nous semble possible de tirer les conclusions suivantes :

1° Il ne faut pas croire à la nature non syphilitique d'une méningite, du fait d'un traitement mercuriel antérieur et en apparence suffisant : car nous avons vu comment les accidents méningés pouvaient apparaître au cours d'une médication active. D'ailleurs l'étude précédente montre que l'inefficacité prophylactique du traitement antérieur ne doit pas faire désespérer de l'issue de la méningite en évolution traitée de façon énergique par une médication appropriée.

2° Au cours des méningites aiguës avec tendance à la localisation il est possible d'obtenir des résultats excellents par injection intra-fessière de calomel : nous nous trouvons, en effet, en présence de lésions se rapprochant des syphilomes méningés, gommes ou plaques de méningites bien connues des neurologistes.

Ces lésions sont par excellence tributaires du calomel qui agit là comme dans le reste de l'organisme avec sa merveilleuse puissance dissolvante :

3° Mais au cours des processus méningés diffus il semble qu'il y ait avantage à employer une médication énergique et facile à suivre, par injection de sels solubles. Il paraît, en effet, que les processus de syphilis diffuse quels qu'ils soient (roséole, etc.) sont favorablement impressionnés par ce mode de médication. Or, on peut avec Boidin et Weill considérer les méningites aiguës syphilitiques précoces et diffuses comme un véritable enanthème méningé et les traiter comme tel. Mais nous savons qu'il est parfois avantageux de porter l'agent thérapeutique au point même où se trouve le tréponème ; aussi, là comme dans les syphilides cutanées il peut paraître avantageux d'employer une médication locale d'autant que l'imperméabilité des méninges reste toujours, quelque altérée qu'elle soit, un obstacle à l'action des médicaments confiés aux voies habituelles, soit intra-musculaire, soit cutanée, soit digestive.

Enfin la ponction lombaire là comme dans les réactions d'autre nature sera d'un utile secours pour calmer l'hypertension qui est souvent la principale des causes des phénomènes douloureux.

Vu : le Président de la thèse,
RAYMOND

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Bensaude et Rivet. — Méningite syphilitique, Arch. gén. de méd., nov. 1904.

Boidin et Weill. — Méningite syphilitique secondaire aiguë préroséolique, Presse méd. 1907, nº 85.

Boisseau. — Traitement des gommes syphilitiques par des injections d'iodure de potassium. Thèse de Paris, avril 1906.

Bonnet. — La polynucléose du liquide céphalo-rachidien dans la syphilis. Lyon méd.. 1906, p. 993.

Bouchard et Cornil. — In Leçons de la Charité, 27 mai 1873.

Brissaud et Brécy. — Méningite aiguë guérie par le traitement antisyphilitique. Soc. méd. des hôp., 12 juin 1902.

Claisse et Joltrain. — Méningite syphilitique avec guérison. Soc. méd. des hôpit., 28 février 1908.

Claude et Lhermitte. — Sur le traitement de la syphilis cérébro-spinale par les injections de mercure colloïdal. Soc. de biol., 18 janv. 1908.

Constantin. — Syphilis cérébrale précoce, artérite, méningite, mort. Soc. de dermat., 6 déc. 1906.

Raoul de Coux. — Méningites aiguës syphilitiques, essai de classification. Thèse de Paris, 1908, nº 445.

Debove. — Leçon rédigée par Castaigne, Gazette hebdom., 18 sept. 1901.

Gaillard et Œlnitz. — Méningite aiguë syphilitique rapidement guérie par les injections mercurielles. Bull. de la Soc. méd. des hôpit., 1902, p. 667.

Gaucher et Merle (P.).. — Le treponema pallidum dans le liquide céphalo-rachidien, au cours de la syphilis ac-

quise des centres nerveux, Acad. des Sciences, 29 mars 1909.

GILBERT BALLET et BARBÉ. — Un cas de méningite syphilitique avec autopsie, Revue de neurol., 15 avril 1908.

HAMEL. — Traitement des syphilides par injections mercurielles locales. Rev. franç. de dermat. et syphil., 1908.

HAYEM et BENSAUDE. — In Th. de Drouet, Paris, 1904-1905.

LAUBRY et GIROUX (Ch.). — Tribune méd., 1907.

LECAIN. — Contribution à l'étude du traitement des syphilides par injections mercurielles locales. Thèse de Paris, 1909.

MIRELLI. — Ce qu'on appelle période tertiaire de la syphilis, Giorn. ital. d. mal. ven. e. d. pel.

MOSNY et PINARD. — Paralysie spasmodique syphilitique. Electrargol rachidien, Soc. méd. des hôpit. 19 juin 1908.

ŒTTINGER et HAMEL. — A propos de deux cas de méningites aiguës syphilitiques, Gazette des hôpit., 29 avril 1909, n° 49.

PIC et REGAUD. — Province méd., 1905.

RENAUT. — Le liquide céphalo-rachidien des syphilitiques secondaires, Ann. de dermat., juillet 1903.

SÉZARY. — Processus histologique de réaction syphilitique secondaire des méninges. Soc. de biol., 10 avril 1908.

SICARD et ROUSSY. — Méningite aiguë syphilitique. Evolution sept mois après le chancre au cours du traitement syphilitique. Arch. de neurol., 1904, p. 491.

WIDAL. — Cytologie du liquide céphalo-rachidien des syphilitiques, Bull. de la Soc. méd. des hôpit., 1903, p. 110.

WIDAL et LE SOURD. — Méningite aiguë, guérison par le traitement antisyphilitique. Lymphocytose, Bull. de la Soc. méd. des hôpit., 1902, p. 127.

Imp. de la Faculté de Médecine, HENRI JOUVE, 15, rue Racine, Paris.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE